医患个体特征影响共享决策的心理路径：基于内隐原型视角*

袁香儿# 赵睿雯# 朱冬青

（北京市“学习与认知”重点实验室，首都师范大学心理学院，北京 100048）

摘要：

[目的] 医患共享决策对医患双方均可产生积极效果，但已有研究多限于综述其影响因素而未探究背后的心理路径。

[方法] 文章从内隐原型的理论视角，提出医患对自身和对对方的共享决策内隐原型，并据此阐明医患个体特征影响共享决策的内隐原型心理路径。

[结果] 以此为划分标准，文章建构医患共享决策的内隐原型研究框架，整理总结以往医患共享决策影响因素的研究

[局限] 发掘影响共享决策的医患个体特征、探究医患个体特征可能影响的心理状态、检验医患共享决策内隐原型的作用、关注医患个体特征发挥作用的调节变量等潜在的研究主题。

[结论] （医患心理特征→医患心理状态→医患共享决策内隐原型→医患共享决策行为）

关键词：医患共享决策　内隐原型　医患权势不平衡　医患沟通

分类号：B849

The effect of doctors' and patients' individual characteristics on shared decision making and its psychological mechanism: A perspective from implicit prototype theory

YUAN Xianger, ZHAO Ruiwen, ZHU Dongqing

(*Beijing key lab of Learning and Cognition, School of Psychology, Capital Normal University, Beijing 100048, China*)

Abstract:

[Objective] Doctor-patient shared decision-making (SDM) is widely advocated as an ideal for making medical decisions because it is believed to afford a series of good results. However, previous researchers have summarized the influencing factors of

收稿日期：2022-10-19

* 本文系国家自然科学基金项目（71502117）、北京市教育委员会人文社会科学研究计划一般项目（SM202010028011）的研究成果之一。

袁香儿和赵睿雯对文章做出同等贡献，列为共同第一作者。

通信作者：朱冬青, E-mail: zdq@cnu.edu.cn

SDM from a variety of perspectives, but they have not systematically focused on the psychological mechanism of how these factors operate.
[Methods] This paper proposes four types of SDM implicit prototypes based on implicit prototype theory, including doctors' and patients' implicit prototype for themselves, and doctors' and patients' implicit prototype for each other, interprets the SDM implicit prototype psychological paths in which the individual characteristics of doctors and patients influence SDM
[Results] This paper reviews the individual characteristics of doctors and patients that influence SDM depending on four implicit prototype pathways.
[Limitations] Finally, according to the SDM implicit prototype research framework, several potential topics, including but not limited to exploring the individual characteristics of doctors and patients that influence SDM, investigating potential psychological states of doctors and patients influenced by their individual characteristics, testing the role of doctors' and patients' SDM implicit prototype, and focusing on the moderators of the effect of the individual characteristics of doctors and patients, for future research are discussed.
[Conclusions] (the individual characteristics of doctors and patients→their potential psychological states→their SDM implicit prototype→their shared decision making)
Keywords: shared decision making implicit prototype power imbalance between doctors and patients doctor-patient communication

1 引言

长久以来，传统的“家长式”（paternalism）决策，即不征询患者的意见，完全由医生进行医疗决策，在临床医疗实践中占据了主导地位[1]。随着患者参与医疗决策意识和需求日益增强，医患共享决策这一理念很快得到了社会的广泛认可。医患共享决策（shared decision making）是指医生与患者共同分享信息，完成医疗决策并解决健康问题的过程[2]。具体的表现主要有“Melissa 和她的医生讨论不同的替代方案，并权衡每种选择的优缺点”“他们尝试一起解决问题”等[3]。大量研究发现共享决策会对医患双方产生一系列的良性结果，比如，既能够提升患者用药的依从性，又能够提升医生的工作体验，有利于提高临床治疗的效果并实现医患双赢[4]。因此，探索医患共享决策行为的影响因素及其作用机制，并据此研究如何促进并提升医患之间的共享决策已成为临床医学领域的热点问题。

在过去十几年间，国内外研究者对医患共享决策的影响因素进行了诸多探索。很多研究者倾向于将影响医患共享决策的因素划分为四大类。比如，根据 Jonsen

等人[5]提出的临床决策“四盒子”理论，张雅芝等人[6]将影响因素划分为临床指证因素、病人意愿因素、生命质量因素和情境因素。高雅靖等人[7]则将影响因素划分决策情境因素、沟通主体因素、沟通内容因素、文化背景因素。朱行策等人[8]更多关注患者决策参与意愿、决策参与能力、社会支持与支持来源方干扰、医疗环境等因素的作用。此外，杨林宁等人[9]从医生、患者、环境三个角度入手，详细分析了 12 个亚主题下的影响因素，即医生因素（角色认知、感知结果、沟通技能、临床知识储备、认知偏差）、患者因素（一般资料、疾病知识缺乏、决策参与意愿）和环境因素（临床情境、社会环境、资源、社会影响）。总的来说，以往研究更多以医生、患者和情境为划分标准，总结共享决策行为的影响因素，较少关注已有影响因素发挥作用的心理路径，也并未以心理路径为划分标准，对医患共享决策影响因素的研究加以整理。

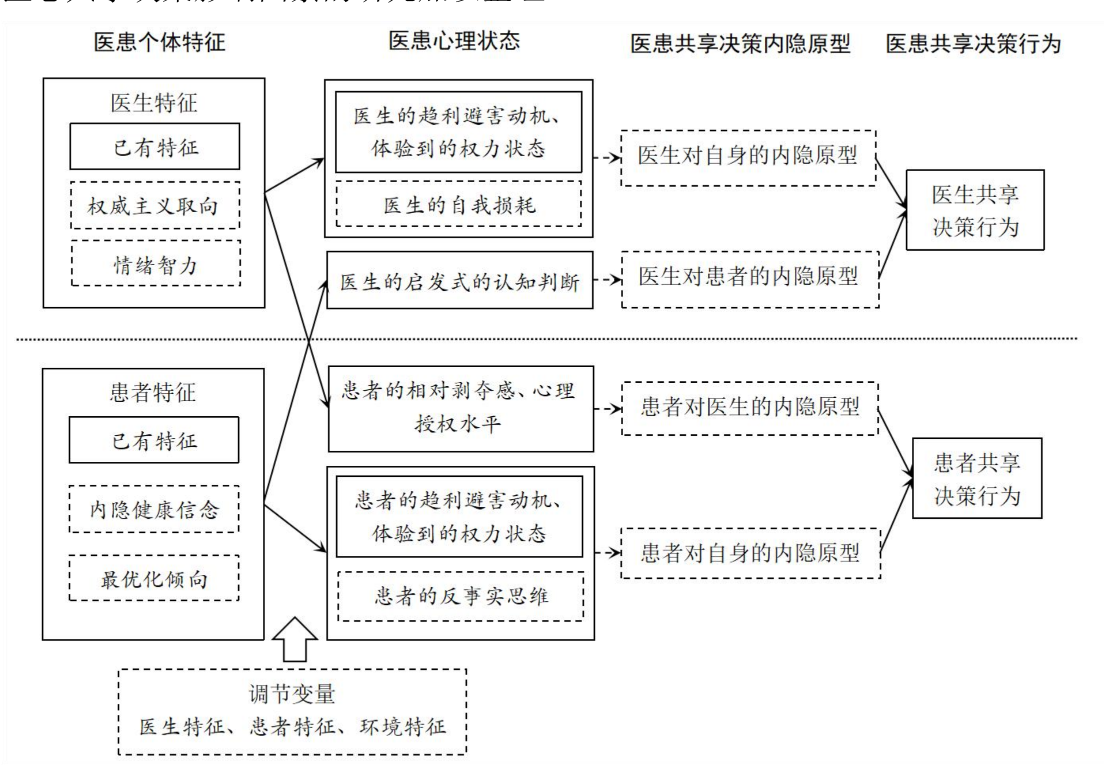


图 1 医患共享决策的内隐原型研究框架

由此，考虑到医患共享决策与组织中的领导行为非常类似，并且内隐原型视角在探讨领导力主题中具有重要的理论意义，文章尝试将内隐原型（implicit prototype）的理论视角引入医患共享决策领域，提出医患对自身和对对方的共享决策内隐原型。基于上述四种内隐原型，文章阐明医患个体特征影响共享决策的内隐原型心理路径。以此为划分标准，文章建构了医患共享决策的内隐原型研

究框架（见图 1），分析整理医患共享决策影响因素的研究，并指明未来研究的发展方向。文章不仅极大地拓展了内隐原型理论的研究和应用领域，而且可以从更本质的心理路径的角度，理解和整理医患共享决策影响因素的研究，并将之整合到完整简洁的研究框架中，为未来的研究提供理论启示。

2 医患共享决策内隐原型的概念和分类

2.1 内隐原型的视角及组织领域的应用

内隐原型的概念起源于内隐理论（implicit theory）[10]。该理论认为，个体普遍会依据自己的经验和实践，对某一社会角色的行为和特质形成先入为主的认知图式（schema），即内隐原型。个体头脑中的内隐原型反映的是个体对该社会角色“应该具备什么行为和特质”的预期。

组织领域的研究者将内隐原型的思想引入组织情境，提出了重要的内隐领导原型（implicit leadership prototype, ILP）[11]和内隐追随原型的概念（implicit followership prototype, IFP）[12,13]，用于理解和探讨领导力领域的主题。具体来说，为了实现认知节约（cognitive economy）的目的，个体头脑中存在领导者“应该具有什么样的特质和行为”的预期和信念。这种对领导者的“角色预期”就是内隐领导原型。尽管组织领域的研究者很早就提出了内隐领导原型的概念，但是直到近期，研究者才开始关注并提出了与内隐领导原型的概念相对应的内隐追随原型的概念。与内隐领导原型相类似，个体头脑中存在追随者（即员工或下属）“应该具有什么样的特质和行为”的预期和信念。这种对追随者的“角色预期”就是内隐追随原型。

2.2 医患共享决策的内隐原型

基于内隐领导原型和内隐追随原型的概念，我们将内隐原型的视角引入医患共享决策领域。组织中实际的领导行为往往具有两个重要的特点。就领导行为的过程而言，领导行为常常由领导者主动发起，但需要领导者和追随者在沟通互动中共同参与完成。就领导行为的效果而言，领导行为是否有效并不完全取决于某一方的表现，而是由领导者和追随者在沟通互动中共同决定。与组织中的领导行为相类似，一方面，共享决策常常由医生主动发起，但需要医生和患者在沟通互动中共同参与完成；另一方面，共享决策的实际效果同样由医患双方的表现共同决定。由此，将内隐原型的视角引入医患共享决策领域可能同样具有理论上的可

行性和独特价值。

考虑到内隐原型对医患共享决策领域的重要意义，我们提出了医患共享决策内隐原型的概念。一方面，人们头脑中存在医生和患者实施共享决策的内隐原型。参考研究者对领导者的主动型内隐追随的定义思路[14]，我们按照持有者和预期对象的差异，提出四种特定且具体的内隐原型，分别为医生（患者）对患者（医生）共享决策的内隐原型和医生（患者）对自身共享决策的内隐原型。具体来说，医生（患者）对患者（医生）共享决策的内隐原型是医生（患者）形成的一套关于“患者（医生）共享决策行为”的认知图式，反映了医生（患者）在多大程度上预期患者（医生）展现出共享决策行为。同样地，医生（患者）对自身共享决策的内隐原型是医生（患者）形成的一套关于“自己共享决策行为”的认知图式，反映了医生（患者）在多大程度上预期自己展现出共享决策行为。

另一方面，医生和患者对对方和对自身实施共享决策的内隐原型并不相同。医患共享决策行为本身具有一定的挑战性，可能会威胁医生的权威地位或不利于治疗方案的迅速实施，因此，并非所有的医生都预期患者会参与共享决策，也并非所有的患者都预期医生会开展共享决策。简言之，医生或患者可能对对方的共享决策行为有不同的认知诠释，从而对“患者或者医生是否需要进行共享决策”形成不同的预期。类似地，医患完成共享决策对双方的精力、时间、能力等各方面都有较高要求，因此，并非所有的医生和患者都预期自己能够表现出共享决策行为。也就是说，医生和患者对“自己是否需要进行共享决策”也存在不同的预期。因此，当医生（患者）对患者（医生）持有高水平的共享决策内隐原型时，医生（患者）会认为进行共享决策是患者（医生）应该履行的角色任务，因而对患者（医生）的共享决策行为预期较高；相反，当医生（患者）对患者（医生）持有低水平的共享决策内隐原型时，医生（患者）会认为进行共享决策并非是患者（医生）角色规范内的任务，因而对患者（医生）的共享决策行为预期较低。类似地，当医生（患者）对自身持有高水平的共享决策内隐原型时，医生（患者）对自身做出共享决策行为具有较高预期；相反，当医生（患者）对自身持有低水平的共享决策内隐原型时，医生（患者）对自身做出共享决策行为具有较低预期。

3 医患个体特征影响共享决策可能的内隐原型路径

3.1 医患个体特征影响医患共享决策的内隐原型

基于内隐原型的理论思路，个体会依据自己的经验和实践，形成对某一社会角色的内隐原型。结合医患共享决策的情境可知，医生或者患者可能会根据自身在实际开展共享决策中的心理状态，不断思考和判断，总结出“适合进行共享决策的医生或患者应该具备什么特征”。也就是说，在医患共享决策的情境中，医患个体特征可能通过引发医患心理状态的变化，改变医患共享决策的内隐原型。具体来说，一方面，医患的个体特征可能通过激发个体趋利避害的动机，包括对情绪[15,16]、结果[17,18]、人际反馈[19]趋利避害的动机，也可能通过改变个体体验到的权力状态[20]，促使医患对自身共享决策的内隐原型有所变化。另一方面，医生的个体特征可能通过影响患者体验到的相对剥夺感[21]和心理授权水平[22,23]，促使患者对医生的内隐原型有所变化；而患者的个体特征可能通过影响医生启发式的认知判断[24]，促使医生对患者的内隐原型有所变化。因此，当患者或医生具备了适合进行共享决策的特征时，他们可能体验到积极的心理状态，因而对自身或对对方持有较高水平的共享决策内隐原型，对自身或对对方的共享决策行为预期较高。相反，当患者或医生的个体特征并不适合进行共享决策时，他们可能体验到消极的心理状态，对自身或对对方持有较低水平的共享决策内隐原型，对自身或对对方的共享决策行为预期较低。

3.2 医患共享决策的内隐原型影响共享决策行为

依据“感知—行为”之间的密切关联，个体持有的共享决策内隐原型可能会显著影响他们的共享决策行为。一方面，个体对自身共享决策的内隐原型可能会影响他们的共享决策行为。当个体对自身持有较高（或较低）水平的共享决策内隐原型时，他们对自身做出共享决策行为的预期较高（或较低），因而更（不）容易表现出共享决策行为。已有共享决策领域的研究为上述观点提供了较为直接的证据。比如，当患者持有对医疗决策的刻板观念时，即患者认为应该完全无条件听从医生的所有建议[25]，他们参与共享决策的可能性较低。相反，当患者认同自己拥有身体和健康的所有权，认为自己应该并有权参与共享决策[17]，或对共享决策持有更积极的态度时[26]，他们更可能参与共享决策。也就是说，患者对自身共享决策的内隐原型的水平可能直接影响他们的共享决策行为。另一方面，个体对对方共享决策的内隐原型也会影响他们的共享决策行为。这是因为，共享决策需要医患双方共同合作完成，只有医生或者患者一方做出共享决策行为并不能实

现共享决策的目标。因此，个体对对方做出共享决策行为的内隐原型会显著影响他们配合对方做出共享决策行为的可能性。当个体对对方持有较高（或较低）水平的共享决策内隐原型时，他们对对方做出共享决策行为的预期较高（较低），因而配合对方做出共享决策行为的可能性更高（更低）。

综上可知，在医患共享决策的情境中，医患个体特征可能借助医患心理状态的变化，进一步改变医患共享决策的内隐原型，从而影响他们的共享决策行为。由此可见，从内隐原型的视角，探讨医患个体特征影响共享决策的心理路径具有理论逻辑的合理性和可能性。下面将以四种医患共享决策的内隐原型心理路径为划分标准，梳理和回顾医患个体特征影响共享决策的研究。

4 内隐原型视角下医患个体特征影响共享决策的研究

4.1 患者个体特征影响患者共享决策行为：患者对自身内隐原型的心理路径

在患者个体特征影响患者共享决策行为的过程中，已有研究主要探讨了患者趋利避害的动机和体验到的权力状态在其中的作用。

趋利避害的动机。一般而言，追求快乐和避免痛苦一直是人类行为的基本动机，揭示了人类行为动机的来源与本质[27]。在共享决策中，处于某种状态或具备某种特征的患者可能会根据当下追求获益或规避损失的需要，决定是否开展共享决策。因此，我们认为，患者个体特征可能通过患者趋利避害的动机，影响他们的共享决策行为。患者趋利避害的动机主要体现在情绪、结果、人际反馈这三方面。

首先，渴望负性情绪的减弱或者规避负性情绪的加剧可能是患者的情绪体验影响他们共享决策行为的原因之一。比如，为了避免抑郁情绪的加剧，抑郁的患者参与共享决策的动机会显著降低[15, 16]。相反，为了缓解焦虑情绪，焦虑的患者参与共享决策的动机会显著提升[19]。临床研究也证实，医患共享决策可以显著减弱患者对死亡的恐惧情绪，提升他们的生存希望[28]。此外，患者体验到的决策冲突会对共享决策行为产生不同的影响。所谓决策冲突，是指当面临不确定性的决策时，尤其是治疗方案可能存在重大的风险或损失，患者会对决策结果感到紧张和担忧，体验到强烈的心理冲突，从而表现出决策延迟和犹豫[29, 30]。研究者发现，当体验到决策冲突时，患者既可能为了规避后悔情绪而回避共享决策[15, 16]，也可能为了缓解痛苦和矛盾的情绪而参与共享决策[16]。

其次，渴望正性结果或规避负性结果可能也是患者个体特征影响他们共享决策行为的重要原因。由于临床医生和患者对风险的理解并不相同，即临床医生考虑的是人群发生的统计概率，而患者则认为风险发生在自己身上的概率为 0 或 1，因此，患者往往会感受到更高的风险[18]。而体验到高风险的患者并不确定自己参与决策会让治疗结果向哪个方向发展，因此，他们会自动规避共享决策[18]。可见，为了避免自己参与共享决策可能使高风险转变为实际的负性后果，感受到高风险的患者更可能回避共享决策。此外，研究显示，患者对共享决策持有不同的态度。他们认为，共享决策既能够帮助他们摆脱当前的治疗状态恢复正常的生活，也会提醒他们所处的状态与众不同[17]。也就是说，患者既可能为了尽快恢复正常生活而参与共享决策，也可能为了回避自己的“不正常”状态或者而拒绝共享决策。

最后，渴望正性的人际反馈或规避负性的人际反馈也可能会影响患者个体特征对共享决策行为的作用。比如，一项关注大五人格对患者参与共享决策偏好影响的研究发现，为了避免被医生打上“坏患者”的标签，高宜人性的患者对参与共享决策的偏好较低[19]。此外，Alimohamad 等人[32]提出，当患者具有医生不值得信任的观念时，为了避免人际惩罚和冲突以及其他的负性后果，患者往往拒绝与医生开展共享决策。

体验到的权力状态。依据增权理论可知（empowerment theory）[33]，个体因具有有形的资源（金钱、住所、衣服等）或无形的资源（积极的自我概念、认知技巧、健康状况、身体能力、社会支持等）而具备行使现有权力的能力和自信，从而提升了个体对自身生活的决定权和行动权。在共享决策的情境中，当患者积极的个体特征使他们感到自己掌握了更多的无形资源时，他们可能会对自身开展共享决策更有信心，从而体验到“增权”状态，开展共享决策的动机更强。因此，我们认为，患者个体特征可能通过患者体验到的权力状态，影响他们的共享决策行为。

首先，患者对自身能力不足的判断可能会降低他们体验到的权力状态，从而减少他们的共享决策行为。比如，患者认为自己没有能力表达自己的治疗目标，或低估自己拥有的目标知识，都会使患者感受到无力感而产生退缩行为[20]。其次，患者的认知水平可能会通过改变他们体验到的权力状态，影响他们的共享决策行为。比如，对疾病发展[34]和手术程序[18]缺乏了解会对患者参与共享决策形成巨大

挑战。此外，健康素养（Health Literacy, HL）是指个人获取、处理和理解做出恰当健康决策所需的基本卫生信息和服务的能力[35]。Ousseine 等人[36]发现，患者的功能性（functional HL）和交际性健康素养（communicative HL）与他们的共享决策行为呈正相关。也就是说，当患者不具备与疾病治疗相关的信息、知识和能力时，他们的控制感和掌控感可能有所降低，对共享决策的开展心有余而力不足。最后，患者的个人状况可能也会通过患者体验到的权力状态，影响他们的共享决策行为。比如，年龄较大的患者更习惯将决策权完全交给医生[37]。也就是说，高龄可能会降低患者行事的主动权，使患者对参与共享决策有所回避。此外，总体健康状况良好的患者[38]和非首次入院的患者[37]更容易做出共享决策行为。这或许是因为患者的身体状态和个人经历可以增强患者的自我管理能力，促进他们参与共享决策。

4.2 医生个体特征影响医生共享决策行为：医生对自身内隐原型的心理路径

在医生个体特征影响医生共享决策行为的过程中，已有研究同样关注了医生趋利避害的动机和体验到的权力状态在其中的作用。

趋利避害的动机。医生趋利避害的动机主要体现在结果方面。比如，医生对医德的不同理解会使医生表现出不同的共享决策行为。当医生认为有医德的医生要给患者提供最佳的治疗方案时，他们在医疗决策中会表现得更加独断，承担绝大部分的决策任务[39]。相反，当医生认为有医德的医生要听取患者的需求和想法时，他们会更加积极地邀请患者进行共享决策[40]。也就是说，有医德的医生既可能为了给患者提供更好的治疗方案而回避共享决策，也可能为了满足患者的需求而实施共享决策。

体验到的权力状态。与患者相类似，医生的个体特征（比如，医生对自身的能力判断）也可能通过医生体验到的权力状态，影响他们的共享决策行为。当医生认为共享决策的开展需要借助决策支持工具[41]，比如，乳腺癌风险导航工具箱（Breast Cancer Risk Navigation Toolbox；可提供乳腺癌风险评估和化学预防的信息和资源储存库，并记录乳腺癌患者的个性化疾病报告），或者认为自身的能力不足以胜任[42]时，他们往往对自身的能力不够自信[43]，开展共享决策的可能性较低。相反，当医生认为共享决策并不复杂，只是常规护理的一部分时，他们更可能开展共享决策[21]。也就是说，当医生对自身开展共享决策的能力判断不

同时，他们可能会体验到不同的权力状态，包括“无权”或“增权”状态，从而影响他们的共享决策行为。

总体来说，已有研究探讨了医患个体特征可能会通过激发他们趋利避害的动机，包括对情绪、结果、人际反馈趋利避害的动机，或者改变他们体验到的权力状态，影响他们的共享决策行为。结合医患共享决策内隐原型的概念，我们认为，医患趋利避害的动机和体验到的权力状态的变化可能会改变医患对“自身共享决策的内隐原型”，进而影响他们的共享决策行为。具体来说，当医患为了追求获益或体验到“增权”状态时，他们可能会认为自己更应该或更适合进行共享决策，因而对自身持有较高水平的共享决策内隐原型，对自身做出共享决策行为的预期更高，更可能做出共享决策行为；当医患为了规避损失或体验到“无权”状态时，他们可能会认为自己不应该或不适合进行共享决策，因而对自身持有较低水平的共享决策内隐原型，对自身做出共享决策行为的预期较低，更不可能做出共享决策行为。由此，我们有理由推测，以往研究所关注的医患个体特征可能借助医患心理状态的变化，进一步改变医患对自身共享决策的内隐原型，从而影响他们的共享决策行为。这符合我们提出的，在医患个体特征影响共享决策行为中，医患对自身共享决策内隐原型的心理路径。

4.3 医生个体特征影响患者共享决策行为：患者对医生内隐原型的心理路径

在医生个体特征影响患者共享决策行为的过程中，已有研究主要分析了患者体验到的相对剥夺感和心理授权水平在其中的作用。

体验到的相对剥夺感。依据相对剥夺理论（relative deprivation theory）[44]，当个体将自己的境遇与某种标准或参照物相比较发现自己处于劣势时，个体就会产生相对剥夺的感觉。这种相对剥夺感往往伴随强烈的消极情绪，从而显著影响个体的态度和行为。类似地，在共享决策领域，患者可能会将医生实际的医疗服务表现与自己对医生的服务要求相比较。当患者认为医生的表现没有达到自己的要求时，患者可能会产生“相对剥夺感”和激烈的消极情绪，并进一步认为医生并不适合开展共享决策，因而参与医疗决策的可能性较低。因此，我们认为，医生的某些医疗服务特征可能会通过患者体验到的相对剥夺感，影响患者的共享决策行为。比如，当医生的沟通技巧[45-47]、与患者的交流时间和交流程度[31, 48-50]、医生留给患者的思考和决策时间[21]、医生提供的医疗服务连续性[49]、医生提供的

信息数量和重要程度[20]、医生对患者检查结果的解释程度[51]等没有达到患者的要求时，患者往往会产生一系列的消极情绪，比如，被“无视”的沮丧感[51]，从而较少参与共享决策。也就是说，当医生的服务表现未达到患者的要求时，患者很可能产生“我觉得我应该有，但我实际没有”的被“剥夺”感，并形成医生并不适合开展共享决策的认知，因而实际参与医疗决策的可能性较低。

体验到的心理授权水平。组织领域的心理授权理论提出（psychological empowerment theory）[52]，当员工感觉自己被上司赋予了权力时，他们工作的激情和动力会有所提升。与上司领导员工的情境类似，医患之间也存在权势不平衡，完成共享决策的任务和目标可能同样需要医生向患者授权。有较为直接的证据发现，患者参与共享决策的激励因素之一是医生承认患者是自己身体的专家[53]。当医生赋予患者较少的决策权时，患者不仅心理上会体验到强烈的低尊严[22,23]，而且行为上会更加依赖医生，不能成为平等的决策者[23]，较少参与共享决策。也就是说，当患者在与医生的互动中，感觉自己被医生赋予了参与共享决策的权力时，患者可能会认为医生适合开展共享决策，参与共享决策的可能性更高。因此，我们认为，医生与患者的某些互动特征可能会通过患者体验到的来自医生的心理授权水平，影响患者的共享决策行为。比如，当医生没有考虑患者的需求和与患者讨论的意向[23]、没有认真理解患者的需求使问诊咨询流于形式[54]以及表现出习惯性的不礼貌的非言语行为、大量使用学术词汇、营造充满敌意的或不平等的互动氛围[25]时，患者会强烈地感受到医生的权威地位，认为自己没有足够的“话语权”[49]，参与共享决策的可能性较低。也就是说，当医生与患者的互动充满不平等时，患者可能会认为医生没有也并不想赋予患者参与医疗决策的权力，因而感受到来自医生较低的心理授权。此时，患者可能会认为医生不适合开展共享决策，参与共享决策的积极性显著降低。

4.4 患者个体特征影响医生共享决策行为：医生对患者内隐原型的心理路径

在患者个体特征影响医生共享决策行为的过程中，已有研究揭示了医生启发式的认知判断在其中的作用。

启发式的认知判断。依据权力的情境聚焦理论（the situated focus theory of power）[55]，高权力的个体能够依据情境的要求灵活地转变认知方式。当情境要求个体对事物形成准确、清晰的认知时，高权力的个体会投入更多的认知资源，

采用分析式认知；当情境激活了个体长期的可得性高的认知图式时，如刻板印象等，高权力者会更多地依据启发式进行认知。在医疗实践中，考虑到医生会更多地将认知资源投入到疾病的诊断和治疗中，而不是投入到识别和感知患者中，因此，医生可能会更多采用启发式的认知方式感知患者。在完成医疗决策时，医生或许也会受到启发式认知方式的影响，仅仅依据患者的某些特征形成对患者是否适合共享决策的启发式的认知判断（比如，医生可能会认为老年人不爱交流和提问），从而一定程度地影响医生是否与患者开展共享决策[56]。因此，我们认为，患者的个体特征可能通过医生对患者的启发式认知判断，影响医生的共享决策行为。比如，对于专业知识匮乏的患者而言，医生不仅对他们能否分担共享决策的压力存在疑问[24]，而且认为他们参与共享决策反而不利于整个治疗方案的推进[49]。此外，医生还认为失业的患者不能通过共享决策获得更好的治疗效果[16]。也就是说，医生会据此形成对专业知识匮乏患者或失业患者的启发式认知判断，认为他们并不适合开展共享决策，因而实施共享决策的可能性较低。上述结论表明，医生可能往往仅从患者的个体特征出发，形成患者是否适合共享决策的启发式的大致判断，从而影响医生与患者开展共享决策的程度。

总体而言，已有研究探讨了医生的医疗服务特征和与患者的互动特征可能通过影响患者体验到的相对剥夺感和心理授权水平，影响患者的共享决策行为；患者的个体特征可能通过影响医生对患者的启发式认知判断，影响医生的共享决策行为。结合医患共享决策内隐原型的概念，我们认为，患者体验到的相对剥夺感和心理授权水平可能会改变患者对“医生共享决策的内隐原型”，进而影响患者的共享决策行为。具体来说，当患者体验到较高的相对剥夺感和较低的心理授权水平时，患者可能会认为医生并不适合开展共享决策，因而持有较低水平的对医生共享决策的内隐原型，对医生实施共享决策的预期较低，较少与医生合作开展共享决策。反之则反。此外，医生对患者的启发式认知判断可能会改变医生对“患者共享决策的内隐原型”，进而影响医生的共享决策行为。具体来说，当医生对患者的启发式认知判断认为，患者适合开展共享决策时，医生可能持有较高水平的对患者共享决策的内隐原型，对患者参与共享决策的预期较高，与患者开展共享决策的可能性也更高。反之则反。由此，我们有理由推测，以往研究所关注的医患个体特征可能借助医患心理状态的变化，进一步改变医患对对方共享决策的

内隐原型，从而影响他们的共享决策行为。这符合我们提出的，在医患个体特征影响共享决策行为中，医患对对方共享决策内隐原型的心理路径。

5 未来展望

基于内隐原型的理论思路，我们按照四种医患共享决策的内隐原型心理路径，梳理并回顾了医患个体特征影响共享决策的研究成果。以此为基础，我们将进一步提出未来研究可以关注的主题。为清晰起见，我们通过建构医患共享决策的内隐原型研究框架，如图 1 所示，总结已有研究的结论（实线标注），并展示预测的结果和未来可讨论的主题（虚线标注）。

第一，拓展对影响共享决策的医患个体特征的讨论。根据以往的研究结果可知，尽管研究者较为充分地探索了医患个体特征对共享决策行为的影响，但是仍然存在很多值得进一步探索的个体特征。比如，患者的内隐健康信念（Implicit theories of health）可能会显著影响他们的共享决策行为。与能力的成长观和实体观类似，内隐健康信念描述的是个体认为自身的健康状态是固定不变的还是动态可塑的[57]。当患者持有固定不变的健康信念时，患者可能会认为即使参与了共享决策也无法改善他们的身体状况，从而降低了对自身共享决策的内隐原型，较少参与共享决策。再比如，由于医患之间存在权势不平衡，医生自身与权势相关的个体特征，例如，权威主义取向(authoritarianism)、社会支配取向(social dominance orientation）等，也可能会对共享决策产生影响。权威主义取向是指个体希望他人屈从于自己权威的倾向[58]。社会支配取向是指个体对社会不平等的赞同程度[59]。当医生持有高权威主义取向或高社会支配取向时，他们可能更认同医患之间的“不平等”以及医生树立权威形象的重要性，从而降低了对自身共享决策的内隐原型，拒绝实施共享决策。

第二，探究医患个体特征可能影响的心理状态。根据以往研究结果可知，医患个体特征会直接影响医患诸多的心理状态，比如，相对剥夺感、启发式的认知判断等。因此，在拓展影响共享决策的医患个体特征的同时，未来研究还可以进一步关注这些特征对医患心理状态的影响。比如，医生较低的情绪智力，即医生理解和管理自己与他人情绪的能力较低[60]，可能通过消耗医生有限的心理资源，使医生产生自我损耗（self depletion）[61]，降低医生对自身的内隐原型。而患者的最优化倾向（maximizing）[62]，即追求最优的治疗方案，则可能通过影响他

们的反事实思维[63]，放大他们对潜在后果的风险感知，降低他们对自身的内隐原型。

第三，检验医患共享决策的内隐原型在医患个体特征影响共享决策行为中的作用。我们依据四种医患共享决策的内隐原型心理路径，回顾了医患个体特征影响共享决策的研究成果，并据此强调了医患共享决策的内隐原型在医患个体特征影响共享决策行为中的重要作用。然而，这一逻辑思路目前仍停留在理论推导层面，还需要未来研究提供实证证据的支持。此外，进一步拓展思路发现，尽管我们普遍认为内隐原型会影响共享决策行为，但仍存在另一种可能性，即共享决策行为也可能反过来影响个体的内隐原型。比如，依据恐惧管理理论（terror management theory）[64]，由疾病引起的死亡恐惧会启动患者的心理防御机制，他们可能会通过改变认知和行为缓解对死亡的恐惧。也就是说，为了获得积极的自我价值，患者可能会通过主动参与共享决策，证明自己仍然对生命具有掌控感和价值感，从而提升他们对自身的内隐原型。

第四，探究医患个体特征通过内隐原型影响共享决策行为的调节变量。未来研究可以从两个思路对该主题进行探索。其一，探索医生特征和患者特征之间的交互作用。比如，持有较高权力距离信念（power distance belief）[65]的患者，可能对权力分配不平等的接受度较高，因而对医生共享决策的内隐原型较低，参与共享决策的动机也较低。而医生的幽默特征或许会减弱上述效应。具体来说，医生的幽默可能会削弱患者对“越权”的顾虑[66]，因此，对持有较高权力距离信念的患者而言，医生的幽默或许可以提升患者对医生共享决策的内隐原型，从而增强患者参与共享决策的动机；而对持有较低权力距离信念的患者而言，医生是否幽默可能并不影响患者对医生内隐原型的判断，也不影响他们共享决策的行为。其二，探索医患特征与环境特征（比如，文化环境、家庭环境等）之间的交互作用。以患者是否罹患污名化疾病（患者特征）和患者是否有陪诊师陪诊（环境特征）为例，患有污名化（stigma）[67]疾病的患者，比如，艾滋病患者等，可能会由于羞耻感降低对自身的内隐原型，从而减少自己的共享决策行为。而患者是否有陪诊师陪诊可能会加剧上述效应。具体来说，陪诊师的介入可能会增加患者被社会评价的压力。当患者患有污名化疾病时，陪诊师的出现可能会进一步降低患者对自身的内隐原型，减少他们共享决策的行为；当患者的疾病没有污名化特征

时，陪诊师的出现可能对患者对自身共享决策的内隐原型和他们共享决策的行为影响不大。

参考文献:

[1] Driever, E. M., Stiggelbout, A. M., & Brand, P. L. (2020). Shared decision making: physicians' preferred role, usual role and their perception of its key components. *Patient Education and Counseling*, *103*(1), 77–82.

[2] Kunneman, M., Montori, V. M., Castaneda-Guarderas, A., & Hess, E. P. (2016). What is shared decision making? (and what it is not). *Academic Emergency Medicine*, *23*(12), 1320–1324.

[3] Hartasanchez, S. A., Grande, S. W., Montori, V. M., Kunneman, M., Brito, J. P., McCarthy, S., & Hargraves, I. G. (2021). Shared decision making process measures and patient problems. *Patient Education and Counseling*, *105*(7), 2457–2465.

[4] Milky, G & Thomas, J. (2020). Shared decision making, satisfaction with care and medication adherence among patients with diabetes. *Patient Education and Counseling*, *103*(3), 661–669.

[5] Jonsen, A. R., Siegler, M., Winslade, W. J. (2015). *Clinical Ethics*. New York: McGraw Hill LLC.

[6] 张雅芝, 方汉萍, 朱利思, 刘洪娟, 李碧稳, 张严丽. (2020). 基于临床决策理论的癌症病人共享决策概念框架的构建. *护理研究*, *34*(1), 136–141.

[7] 高雅靖, 单岩,周越,蒋婷婷,蔡利,张凡亮, ... 王红.(2021). 医患共享决策沟通的研究进展. *中国护理管理*, *21*(1),156–160.

[8] 朱行策, 刘智勇, 董钟昕, 王佳, 郑泽豪, 冯达. (2022). 我国慢性病患者决策参与影响因素质性研究的系统评价. *护理学杂志*, *37*(9),10–16.

[9] 杨林宁, 郑红颖, 王贝贝, 杨艳.(2022).医患共享决策影响因素的质性研究. *中国医学伦理学*, *35*(7),755–763.

[10] Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, *102*(1), 4–27.

[11] Lord, R. G., Foti, R. J., & De Vader, C. L. (1984). A test of leadership categorization theory: Internal structure, information processing, and leadership perceptions. *Organizational Behavior and Human Performance*, *34*(3), 343–378.

[12] 曹元坤, 祝振兵. (2015). 内隐追随理论:概念,测量,前因及后果. *心理科学进展*, *23*(2), 280–288.

[13] Sy, T. (2010). What do you think of followers? Examining the content, structure, and consequences of implicit followership theories. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *113*(2), 73–84.

[14] 彭坚, 曹兵兵. (2021). 追随者主动工作行为的上行影响: 内隐追随视角. *心理科学进展*, *29*(6), 967–977.

[15] Cleveland, C., Newby, M., Steinman, S., Wanstreet, T., Callaham, S., Razdan, R., ... & Carr, M. M. (2021). Depression and intolerance of uncertainty: Association with decisional conflict in otolaryngology patients. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, *131*(3), 252–258.

[16] Merali, K., Karimuddin, A., Crump, T., Brown, C., Phang, T., Raval, M., Liu, G., & Sutherland, J. M. (2022). The relationship between perceptions of shared decision making and patient-reported outcomes in a cross-sectional cohort of haemorrhoidectomy patients. *Colorectal Disease*, *24*, 504–510.

[17] Jordan, A., Joseph-Williams, N., Edwards, A., Holland-Hart, D., & Wood, F. (2019). "I'd Like to Have More of a Say Because It's My Body": Adolescents' Perceptions Around Barriers and Facilitators to Shared Decision-Making. *Journal of Adolescent Health*, *65*(5), 633–642.

[18] Mathew, R. G., Timlin, H. M., & MacEwen, C. J. (2021). What matters to you? embracing shared

decision making in ophthalmology. *Eye*, *35*(6), 1541 - 1542.
[19] Köther, A. K., Büdenbender, B., Grüne, B., Holbach, S., Huber, J., von Landenberg, N., ... & Alpers, G. W. (2022). Different patients, different preferences: A multicenter assessment of patients' personality traits and anxiety in shared decision making. *Cancer Medicine*, *11*(15), 2999 - 3008.
[20] van Beek-Peeters, J. J. A. M., van Noort, E. H. M., Faes Miriam, C., de Vos, A. J. B. M., van Geldorp, M. W. A., Minkman Mirella, M. N., & van der Meer, N. J. M. (2020). Shared decision making in older patients with symptomatic severe aortic stenosis. *Heart*, *106*(9), 647 - 655.
[21] Spronk, I., Loggers, S. A. I., Joosse, P., Willems, H. C., Van Balen, R., Gosens, T., ... & Polinder, S. (2022). Shared decision-making for the treatment of proximal femoral fractures in frail institutionalised older patients: healthcare providers' perceived barriers and facilitators. *Age and Ageing*, *51*(8), 1 - 11.
[22] Manhas, K. P., Olson, K., Churchill, K., Vohra, S., & Wasylak, T. (2020). Experiences of shared decision-making in community rehabilitation: a focused ethnography. *BMC Health Services Research*, *20*(1), 329.
[23] Maples, N. J., Velligan, D. I., Jones, E. C., Espinosa, E. M., Morgan, R. O., & ValerioShewmaker, M. A. (2022). Perspectives of patients and providers in using shared decision making in psychiatry. *Community Mental Health Journal*, *58*, 578 - 588.
[24] 王金华, 王雪云. (2018). 医患共同决策相关问题思考. *医学与哲学(A)*, *39*(4), 7 - 9.
[25] Makwero, M., Muula, A. S., Anyanwu, F. C., & Igumbor, J. (2022). An insight into patients' perspectives on barriers affecting participation in shared decision making among patients with diabetes mellitus in Malawi. *BMC Primary Care*, *23*(1), 1 - 8.
[26] Broström, A., Pakpour, A. H., Nilsen, P., Hedberg, B., & Ulander, M. (2019). Validation of collaboRATE and SURE - two short questionnaires to measure shared decision making during CPAP initiation. *Journal of Sleep Research*, *28*(5), e12808.
[27] Maslow, A. H. (1943). Preface to motivation theory. *Psychosomatic Medicine*, *5*, 85 - 92.
[28] Treffers, T., & Putora, P. M. (2020). Emotions as social information in shared decision-making in oncology. *Oncology*, *98*(6), 430 - 437.
[29] Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment*. New York: Free Press.
[30] Knops, A. M., Goossens, A., Ubbink, D. T., Legemate, D.A., Stalpers, L. J., & Bossuyt, P. M. (2013). Interpreting patient decisional conflict scores: behavior and emotions in decisions about treatment. *Medical Decision Making*, *33*(1), 78 - 84.
[31] Menear, M., Garvelink, M. M., Adekpedjou, R., Perez, M. M. B., Robitaille, H., Turcotte, S., & Légaré, F. (2018). Factors associated with shared decision making among primary care physicians: Findings from a multicentre cross-sectional study. *Health expectations*, *21*(1), 212 - 221.
[32] Alimohamad, H., Yilmaz, D., Hamming, G. F., & Schepers, A. (2020). Identifying factors influencing decision making in patients diagnosed with carotid body tumors: An exploratory study. *Annals of Vascular Surgery*, *68*, 159 - 165.
[33] Solomon, B. B. (1976). *Black empowerment: Social work in oppressed communities*. New York: Columbia University Press.
[34] Scheffer, M., Menting, J., Roodbeen, R., van Dulmen, S., van Hecke, M., Schlingemann, R., ... & Boeije, H. (2022). Patients' and health professionals' views on shared decision - making in

age - related macular degeneration care: A qualitative study. *Ophthalmic and Physiological Optics*, *42*(5), 1015 - 1022.
[35] Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1), 80.
[36] Ousseine, Y. M., Durand, M.-A., Bouhnik, A. -D., Smith, A. B., & Mancini, J. (2019). Multiple health literacy dimensions are associated with physicians' efforts to achieve shared decision-making. *Patient Education and Counseling*, *102*(11), 1949 - 1956.
[37] 曹洁, 孙彩红, 丁艳, 任善成, 叶静, 顾珺, ... 张玲娟. (2020). 前列腺癌病人手术决策类型及其影响因素. *护理研究*, *34*(11), 1878 - 1881.
[38] Keij, S. M., de Boer, J. E., Stiggelbout, A. M., Bruine de Bruin, W., Peters, E., Moaddine, S., ... & Pieterse, A. H. (2022). How are patient-related characteristics associated with shared decision-making about treatment? A scoping review of quantitative studies. *BMJ Open*, *12*(5), e057293 - e057293.
[39] 邱仁宗, 寇楠楠. (2018). 医患相互适应是临床共同决策的关键. *医学与哲学(A)*, *39*(4), 89 - 92.
[40] 徐梦阳, 张莉, 陈亚伟, 贾航, 郭灿灿, 李梦莹, ... 兰玲. (2019). 医生对医患共同决策选择倾向性研究. *医学与哲学*, *40*(6), 21 - 24.
[41] Jones, T., Silverman, T., Guzman, A., McGuinness, J. E., Trivedi, M. S., Kukafka, R., & Crew, K. D. (2022). Qualitative analysis of shared decision-making for chemoprevention in the primary care setting: provider-related barriers. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *22*(1), 208 - 208.
[42] Koyama, T., Nawa, N., Itsui, Y., Okada, E., & Fujiwara, T. (2022). Facilitators and barriers to implementing shared decision making: A cross-sectional study of physicians in Japan. *Patient education and counseling*, *105*(7), 2546 - 2556.
[43] Durand, F., Bourgeault, I. L., Hebert, R. L., & Fleury, M. J. (2022). The role of gender, profession and informational role self-efficacy in physician-nurse knowledge sharing and decision-making. *Journal of Interprofessional Care*, *36*(1), 34 - 43.
[44] Mummendey, A., Kessler, T., Klink, A., & Mielke, R. (1999). Strategies to cope with negative social identity: predictions by social identity theory and relative deprivation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*(2) , 229 - 249.
[45] Cussen, J., Van Scoy, L. J., Scott, A. M., Tobiano, G., & Heyland, D. K. (2020). Shared decision-making in the intensive care unit requires more frequent and high-quality communication: A research critique. *Australian Critical Care*, *33*(5), 480 - 483.
[46] Morrison, T., Johnson, J., Baghoomian, W., Hamilton, A., Simpson, E., Greiling, T., & Foster, E. (2021). Shared decision-making in dermatology: a scoping review. *JAMA Dermatology*, *157*(3), 330 - 337.
[47] 龙杰, 刘俊荣. (2019). 基于患者视角的医疗决策模式及其影响因素研究. *医学与哲学*, *40*(9), 59 - 64.
[48] Bradley, E., & Green, D. (2018). Involved, inputting or informing: "Shared" decision making in adult mental health care. *Health Expectations*, *21*(1), 192 - 200.
[49] 胡子奇, 刘俊荣. (2020). 医患共享决策的价值意蕴、影响因素及辅助工具. *医学与哲学*, *41*(4), 1 - 6.
[50] 王媛, 李思雨, 辜瑜. (2019). 恶性肿瘤手术患者医患共享决策制定的参与情况及影响因素. *中国肿瘤临床与康复*, *26*(6), 743 - 746.

[51] Watson, J., Whiting, P. F., Salisbury, C., Hamilton, W. T., & Banks, J. (2022). Blood tests in primary care: A qualitative study of communication and decision-making between doctors and patients. *Health Expectations*, *25*(5), 2453 - 2461.
[52] Thomas, K. W., & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: An "interpretive" model of intrinsic task motivation. *The Academy of Management Review*, *15*(4), 666 - 681.
[53] Thibau, I. J., Loiselle, A. R., Latour, E., Foster, E., & Begolka, W. S. (2022). Past, present, and future shared decision-making behavior among patients with eczema and caregivers. *JAMA Dermatology*, *158*(8), 912 - 918.
[54] Lecky, D. M., Howdle, J., Butler, C. C., & McNulty, C. A. (2020). Optimising management of UTIs in primary care: a qualitative study of patient and GP perspectives to inform the development of an evidence-based, shared decision-making resource. *The British Journal of General Practice*, *70*(694), e330 - e338.
[55] Guinote, A. (2007). Behaviour variability and the situated focus theory of power. *European Review of Social Psychology, 18*(1), 256 - 295.
[56] Tracy, M. C., Muscat, D. M., Shepherd, H. L., & Trevena, L. J. (2022). Doctors' attitudes to patient question asking, patient-generated question lists, and question prompt lists: A qualitative study. *Medical Decision Making*, *42*(3), 283 - 292.
[57] Schreiber, M., Job, V., & Dohle, S. (2020). Is your health malleable or fixed? The influence of implicit theories on health-related attitudes and behaviour. *Psychology & Health*, *35*(12), 1421 - 1439.
[58] Roccato, M., & Ricolfi, L. (2005). On the correlation between right-wing authoritarianism and social dominance orientation. *Basic and Applied Social Psychology*, *27*, 187 - 200.
[59] Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M., & Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(4), 741 - 763.
[60] Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, & D. Sluyter (Eds), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3 - 31). New York, NJ: Basic Books.
[61] Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation, ego depletion, and motivation. *Social and Personality Psychology Compass*, *1*(1), 115 - 128.
[62] Schwartz, B., Ward, A., Monterosso, J., Lyubomirsky, S., White, K., & Lehman, D. R. (2002). Maximizing versus satisficing: Happiness is a matter of choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*, 1178 - 1197.
[63] Leach, J. K., & Patall, E. A. (2013). Maximizing and counterfactual thinking in academic major decision making. *Journal of Career Assessment*, *21*(3), 414 - 429.
[64] Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: Simon and Schuster.
[65] Hofstede, G. (1984). Cultural dimensions in management and planning. *Asia Pacific Journal of Management*, *1*(2), 81 - 99.
[66] McGraw, A. P., & Warren, C. (2010). Benign violations: Making immoral behavior funny. *Psychological Science*, *21*(8), 1141 - 1149.
[67] Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of a spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.

(通讯作者: 朱冬青　E-mail: zdq@cnu.edu.cn)

作者贡献声明：

袁香儿：研究过程的实施、文献数据的获取、提供与分析、研究观点和方法的提出

赵睿雯：研究过程的实施、文献数据的获取、提供与分析

朱冬青：研究命题的提出与设计、文献分析与写作、论文最终版本修订